UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur : Professeur C. MÜLLER

L'idée subjective de la mort chez des personnes âgées, anciennes malades mentales

Thèse

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

Michaïl Stantchev
Médecin diplômé de la Confédération suisse
originaire de Grudevo (Bulgarie)

ARTS GRAPHIQUES ÈRE NOUVELLE S.A., LAUSANNE
1975

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur : Professeur C. MÜLLER

L'idée subjective de la mort chez des personnes âgées, anciennes malades mentales

Thèse

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

Michaïl Stantchev

Médecin diplômé de la Confédération suisse
originaire de Grudevo (Bulgarie)

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs Ch. Muller et A. Delachaux et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée : « L'idée subjective de la mort chez des personnes âgées, anciennes malades mentales », présentée par M. Michaïl STANTCHEV, médecin diplômé de la Confédération suisse, pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 17 mars 1975.

Le Doyen :
Professeur G. Candardjis.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Mes plus vifs remerciements et toute ma gratitude vont :

— *A Monsieur le professeur C. Müller qui m'a soutenu, guidé et aidé de ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.*

— *A toute l'équipe des recherches géronto-psychiatriques de « l'Enquête de Lausanne » dont l'étude des travaux m'a été très utile.*

— *A Madame A. Francioli, pour sa participation remarquable et compétente dans ce domaine.*

— *A mes professeurs de la Faculté de médecine, à mes collègues d'études et à mes amis pour leur appui moral et matériel tout au long de mes études de médecine.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546816_0087

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur : Professeur C. Müller

L'IDEE SUBJECTIVE DE LA MORT CHEZ DES PERSONNES AGEES, ANCIENNES MALADES MENTALES

par Michail STANTCHEV

I. INTRODUCTION

De tous les êtres vivants peuplant notre planète, l'homme est probablement le seul qui pense à la mort de façon consciente et comme terme de toute vie organique. Il est clair que cette perspective conditionne son comportement au cours de son existence, même si c'est à son insu. A quel moment de son développement intellectuel se rend-il compte de la fragilité de son bien le plus précieux, c'est-à-dire de sa vie? Certainement après l'acquisition du langage, mais sans doute dans son très jeune âge encore, car très tôt déjà il pose des questions à son entourage au sujet de cette ultime échéance.

A l'âge de la puberté, la pensée de la mort peut prendre des dimensions considérables dans l'esprit du jeune individu, s'opposant à toutes les forces vives qui ne demandent qu'à jaillir d'un être en pleine transformation, amenant parfois l'adolescent à

"tâter" du suicide comme il le ferait d'une drogue, "pour voir".... Toutefois, l'instruction et l'éducation de l'individu conditionnent certainement son attitude à l'égard de la mort.

Chaque époque, chaque culture, chaque religion a eu sa propre interprétation quant à la mort; il n'est qu'à lire les trouvailles et les hypothèses des archéologues pour s'en rendre compte et ceci pour ne parler que de temps fort lointains dans le passé, car les historiens nous en parlent également avec abondance. Il est bien évident que nous ne pouvons, au cours du présent travail, passer en revue explications, théories et hypothèses avancées sur ce sujet car les recherches que cela entraînerait nous feraient passer à côté de l'exposé que nous nous sommes proposé de faire. Nous pouvons néanmoins relever que tous les grands penseurs se sont, une fois ou l'autre, arrêtés sur ce sujet, mais qu'ils n'ont pas trouvé de remède à l'angoisse ressentie devant cette grande inconnue.

En général, l'homme se refuse à envisager sa propre mort comme pouvant être immédiate et seuls acceptent de la voir en face ceux que le soleil n'éblouit pas: de grands mystiques, ou de grands... malades, les deux allant quelquefois de pair. Chez les autres, les défenses sont telles que sans fin l'espoir de vivre encore l'emporte même sur une évidence indiscutable; le malade et le prisonnier espèrent dans le miracle de dernière minute, le médicament sauveur, la grâce enfin obtenue.

Toutefois, comme nous venons de le dire, certains êtres acceptent leur fin avec un détachement apparent. Les philosophes, les écri-

vains, les poètes, les musiciens, les peintres, voire les sculpteurs ont tous traité ce sujet, mais selon une expérience qui n'est pas la leur. Cette expérience étant unique et irréversible, il semble bien qu'une vie entière ne soit pas de trop pour y faire face.

Les scientifiques, qui ont tendance à considérer la vie comme un processus biochimique, issu de toute une évolution planétaire puis biologique conduisant aux différents phénomènes physiologiques de l'homme, y compris sa pensée, ne peuvent envisager la mort qu'en tant qu'arrêt de ce processus, signant la destruction de l'individu et la transformation de ses composants.

Pour la plupart des êtres religieux, la mort représente un passage, une re-naissance; l'existence physique et de courte durée est remplacée par une existence extra-temporelle, ou par une dissolution dans l'infini. La recherche de cette nouvelle existence peut amener jusqu'à la négation de la réalité.

D'autres aspects philosophiques peuvent conduire les humains à penser que la mort est l'aboutissement naturel de toute vie et, à l'opposé de la religion, que rien ne subsiste après celle-ci. Certains psychologues vont jusqu'à dire qu'une vie bien remplie amène à une mort sereine, au-delà de toute conviction religieuse, philosophique ou scientifique. Pour eux, la mort serait bien acceptée par les individus qui jugent leur existence valable tant au point de vue de leurs activités et de leurs capacités qu'au point de vue de leurs tâches sociales, familiales, professionnelles ou autres.

Il nous aurait paru intéressant de pouvoir effectuer une grande enquête auprès de différentes couches de la population, aussi bien quant à l'âge qu'à la condition sociale ou professionnelle et même familiale, afin de pouvoir objectiver réellement quelle est l'attitude de "l'homme de la rue" à l'égard de la mort. Malheureusement nos moyens matériels et temporels ne nous ont pas permis de mettre à exécution un tel projet qui ne pourrait être valablement établi que par une équipe de plusieurs personnes.

Notre présent travail profitera largement des donnes de "l'Enquête de Lausanne" et s'insère dans le programme de celle-ci. Cette dernière a été mise sur pied, il y a une dizaine d'années, à la Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne, par le Professeur C. Müller et ses collaborateurs. Le but de cette grande enquête, portant sur 5'661 anciens patients de la Clinique psychiatrique, est de vérifier une hypothèse que C.MULLER avait déjà émise lors de ses travaux catamnestiques sur d'anciens malades mentaux, schizophrènes et obsessionnels (1953 - 1959) et qui était la suivante: "la vieillesse a-t-elle une action lénifiante sur la maladie mentale préexistante?" Un programme de recherche catamnestique a donc été élaboré et mené à bien pendant toutes ces années où l'ensemble des travaux s'est principalement attaché à mettre en lumière l'effet de la vieillesse sur les différentes catégories nosologiques rencontrées dans l'ensemble des cas, base de tout le programme.

Dans le questionnaire qui fut utilisé par les psychiatres chargés de l'enquête catamnestique proprement dite, et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir lors de la description de notre

matériel, se trouve un assez grand nombre de rubriques (quelque 400 en tout) dont une vingtaine sont des questions posées directement au patient lors de l'entretien. Ces dernières avaient pour but d'obtenir une réponse subjective en ce qui concerne l'expérience du temps, la jeunesse d'aujourd'hui, la vieillesse et la mort. Ce sont les réponses à cette dernière question et subsidiairement à quelques autres, telles que la croyance religieuse, qui servent de départ à notre présente étude.

En effet, il nous intéresse de savoir ce que les anciens malades mentaux, dont un important pourcentage se trouve guéri ou amélioré dans la vieillesse, pensent de leur propre mort, et faute de pouvoir faire des comparaisons avec une population générale, tout au moins de voir si nos conclusions se rapportent à celles de la littérature que l'on peut trouver sur ce sujet.

II. ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

Comme nous l'avons déjà dit, le sujet de la vie et de la mort a intéressé les plus grands philosophes, poètes et écrivains de tous les temps, mais en ce qui concerne l'explication scientifique de l'attitude de l'homme envers la mort, nous n'avons trouvé que peu de travaux et ceux-ci ne datent, pour la plupart, de guère plus d'une décennie. Les personnalités qui se sont penchées sur ce problème sont surtout des psychiatres et des psychologues.

Nous sommes surpris par le peu d'attrait que suscite un sujet en soi si plein d'intérêts et nous ne savons que penser de ce manque de curiosité. Toutefois, il nous semble que l'expression d'HORACE: "Je ne mourrais jamais tout à fait..." a sa place ici, car c'est probablement elle qui a le mieux exprimé le sentiment des êtres humains à l'égard de la mort et elle donne aussi une explication valable quant au voile jeté sur ce sujet, qui n'a jamais été abordé directement mais seulement sous forme littéraire ou poétique.

Toutefois, entreprendre une revue de la littérature romancée ou poétique nous amènerait bien loin de notre étude et dépasserait largement le cadre de celle-ci. Nous nous sommes donc borné aux différents livres et articles écrits par des médecins, des psychiatres, des psychologues, voire des sociologues qui traitèrent le même sujet, vu sous des angles quelquefois différents, et qui étudièrent le plus souvent le comportement des malades,mentaux ou non, guéris ou encore en traitement, des personnes âgées, institutionnalisées ou non, etc. Nous nous limiterons ici à ceux de ces travaux qui nous paraissent le plus en relation avec l'objet de

la présente étude.

G. ABRAHAM (1962) a écrit: "Chez les vieillards atteints de troubles mentaux, la notion de mort existe-t-elle encore? Est-elle vécue de la même façon que chez leurs contemporains normaux? Ou est-elle abolie ou modifiée par leur insuffisance psychique et affective et leurs réactions délirantes?" Il a interrogé 110 vieillards psychotiques âgés de 60 à 90 ans. Tous ont montré, par leurs réponses, qu'ils saisissaient l'importance de la question et ont même donné l'impression qu'ils avaient partiellement recouvré leur lucidité. On peut en conclure que chez ses malades, la mort garde toute sa valeur existentielle.

SWENSON (1959) d'après les réponses de 34 personnes de plus de 50 ans, établit un test qu'il présente ensuite à 200 personnes de plus de 60 ans, qui ont été divisées en 3 groupes selon leurs réponses: 1/ attente calme, 2/ fuite de la pensée de la mort, 3/ peur de celle-ci. Selon les résultats, il put dire que 45% attendaient la mort de façon positive, alors que 44% répondaient évasivement et que, seuls, 10% admettaient avoir peur de la mort. Il a également trouvé que les personnes religieuses étaient plus optimistes à l'égard de la mort, de même que celles qui habitaient dans des institutions; alors que les gens vivant en famille étaient nettement plus évasifs et que ceux qui admettaient avoir peur vivaient seuls; la peur de la mort pouvait-elle donc être mise en relation avec la solitude? Parmi les gens instruits, les gens qui avaient peur de l'échéance finale étaient aussi nombreux que ceux qui voyaient celle-ci sans crainte, tandis que les gens moyennement lettrés fuyaient plutôt le sujet. En revanche, cet auteur ne trouve

aucune relation entre le sexe, l'âge, l'occupation d'une part et l'attitude envers la mort d'autre part.

en 1961, le même auteur prend un échantillon de 210 personnes de plus de 60 ans, vivant dans le Minnesota (USA) et comprenant 152 femmes et 58 hommes. Il trouve que 82 personnes sur 210 attendent la mort calmement ou comme une délivrance; 71 donnent des réponses évasives mais dans un sens positif et 57 dans un sens négatif, et, de nouveau, 10% admettent avoir peur. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'article précédent. - Toutefois, l'auteur relève à la fin que les personnes qui ont des intérêts extérieurs ou qui se portent bien physiquement ont une nette tendance à répondre évasivement, tandis que les personnes physiquement handicapées attendent la mort comme une délivrance.

SHENKIN (1964) trouve chez 320 patients âgés de 80 ans en moyenne (dont 41% étaient confus) qu'au moins 25% étaient conscients de l'approche de la mort, 13% disaient qu'ils en avaient peur ou montraient de l'anxiété et des signes de dépression. Par ailleurs, 7 patients avaient prévu leur mort et un autre groupe de 11 la souhaitait vivement. En posant la question "que représente la mort pour vous?" à ses patients, il a obtenu trois groupes de réponses: 1/ les personnes religieuses considérant la mort comme le commencement d'une vie nouvelle, à travers la dissolution du corps; 2/ une certaine philosophie incitant les personnes à considérer la mort "comme l'aboutissement naturel de toute vie"; 3/ la mort donnant un sens à la vie. Ces attitudes psychologiques montrent, d'une part, que la mort est niée en tant que telle ou qu'elle est l'objet de crainte et, d'autre part, qu'elle est

acceptée, voire désirée. "Personne ne peut concevoir sa propre mort pour la simple raison qu'il ne l'a jamais expérimentée!" Toutefois, parmi ceux qui acceptent l'idée de leur mort, beaucoup de gens semblent s'y être résignés, mais d'une façon souvent accompagnée de dépression, surtout chez les solitaires ou les personnes frustrées dans leur affectivité.

FEIFEL est peut-être un des auteurs qui ait le plus cherché à sonder ce problème de l'attitude envers la mort, malheureusement nous n'avons pas pu avoir accès à tous ses écrits et nous nous bornerons à citer ceux que nous connaissons. Il s'est attaché, également, au sujet de la maladie mentale, parmi les échantillons qu'il a choisis.

En 1955, il a étudié ce sujet sur 40 hommes, anciens combattants de la première guerre mondiale, âgés en moyenne de 67 ans. Au moyen d'une entrevue-questionnaire, il a demandé à ces sujets où, quand et comment ils aimeraient mourir, à quel âge pensaient-ils que les êtres humains avaient le plus peur de la mort, à quel âge le moins peur, ce que la mort représentait pour eux, leur idée sur une survie éventuelle, etc. 40% des sujets pensaient que la mort est la fin de tout, le même pourcentage que c'est le commencement d'une nouvelle vie. La plupart désiraient mourir subitement, sans souffrance, dans leur lit, n'attachant pas d'importance au moment. La moitié des sujets interrogés pensait que les personnes ayant environ 70 ans étaient celles qui avaient le plus peur de la mort; l'autre moitié considérait ce même âge comme celui où on la craint le moins parce qu'on s'est fait à son idée. Une relation a été trouvée entre l'attitude religieuse envers la mort et

l'opinion que l'homme la craint le plus lorsqu'il est âgé. Une relation semblable existe entre des attitudes négatives envers le fait de vieillir et le point de vue religieux à l'égard de la mort. L'auteur conclut en disant que certaines personnes ont recours à la religion pour maîtriser leur peur de la mort.

La même année FEIFEL publie un autre article sur l'attitude des malades mentaux à l'égard de la mort. Il trouve que la majorité des patients, bien qu'elle admette que la mort est plus crainte dans l'âge avancé que dans l'enfance, trouve aussi que "plus les jeunes sont jeunes, plus ils ont peur". Toutefois l'auteur relève que les vieillards craignent encore plus l'oisiveté et l'inutilité que la mort! Une grande partie d'entre eux pense que la mort est la fin naturelle de la vie et un certain nombre ne la voit que d'une façon violente. Il est intéressant de noter que dans cet échantillon de malades mentaux de tous âges, le degré de l'affection n'entre pas en ligne de compte quant à la valeur des réponses.

En 1969, FEIFEL écrit un article à tendance philosophique, avec considérations personneles et éducatives, où il mentionne que la peur de la mort peut osciller, chez un individu, allant du refus le plus net de la mort à l'espérance anxieuse et même à l'attente calme. Il trouve que la mort est "une présence absente, même avant son avènement". Dans un autre article, il analyse les réponses de divers groupes de sujets: malades condamnés, gens sérieusement malades ou bien portants, médecins, etc. C'est parmi les gens les plus malades qu'il trouve l'attitude à l'égard de la mort la plus optimiste; trop occupés à vivre ce qu'il leur reste de temps, ils ne se perdent pas en ruminations morbides. La tendance de notre

société à refouler l'idée de la mort est créatrice d'angoisse névrotique. Et l'auteur de conclure: "C'est seulement en intégrant l'idée de mort dans sa vie que l'homme pourra se comprendre complètement.

En 1962, JEFFERS et al. ont pris un échantillon de 260 volontaires de 60 ans et plus (pas d'indication quant au sexe, race, religion, etc.). Ils ont trouvé que 10% avaient peur, 35% ne craignaient pas la mort, 33% répondaient évasivement et que les autres 22% se répartissaient entre différentes réponses quelque peu à côté. Parmi les facteurs déterminant une réponse négative au sujet de la mort et de la peur qu'elle engendre, les auteurs trouvent davantage de personnes religieuses, croyant à une vie future, ayant moins de tendances dépressives et souvent plus intelligentes. Dans ce même article, les auteurs mettent toutefois en doute la sincérité et les vrais sentiments des gens interrogés. Cette équipe a trouvé que la négation de la peur de la mort est un important mécanisme de contrôle de l'anxiété dans l'âge avancé. Ce serait même le mécanisme le plus employé chez les personnes de plus de 50 ans. On y trouve 3 causes: 1/ les distorsions de la perception dans l'âge avancé dus aux changements corticaux ou dans les centres de perception; 2/ les changements dans l'image corporelle dus à l'âge; 3/ la détérioration progressive du système nerveux central.

JEFFERS et VERWOERDT, en 1966, constatent, dans un article faisant suite à leur étude de 1961, que ceux qui se distancient le plus de la pensée de la mort sont, en général, en meilleure forme physique, plus actifs, plus optimistes, plus intelligents, plus

occupés que les autres; quelquefois aussi plus jeunes et, à ce moment-là, moins préoccupés, parce que la mort n'est pas pour eux une menace immédiate. Toutefois, placés dans les mêmes conditions, même temporairement, que d'autres leurs réponses arrivent à être sensiblement pareilles.

RHUDICK et DIBNER (1961) se posent plusieurs questions quant à l'idée de la mort chez les personnes âgées: augmente-t-elle avec la vieillesse ? Est-elle en relation avec les pertes - inter-personnelles, physiques, occupationnelles - dues à l'âge? Ou est-elle le reflet d'une anxiété fondamentale, présente tout au long de la vie et devant être considérée, dans l'âge avancé, comme une manifestation névrotique plus que comme étant le résultat de conditions extérieures dans la vieillesse? Leur hypothèse se base sur deux points: 1/ l'idée de la mort est plus en relation avec des facteurs personnels qu'avec des facteurs démographiques (âge, sexe, état civil, etc.); 2/ elle est en relation avec l'attitude envers la santé, dans ce sens que les personnes pensant à leur santé pensent aussi à la mort. Ils ont choisi un échantillon de 58 personnes (30 femmes et 28 hommes), bien portantes, indépendantes, parmi elles 20 étaient mariées, 38 célibataires, veuves ou divorcées; 13 travaillaient, 45 étaient à la retraite. Leur hypothèse se trouve confirmée; ils trouvent que la préoccupation de la mort est plus grande chez les personnes hypocondriaques, hystériques, dépendantes, impulsives; elle se trouve également, mais moins fortement, chez les dépressifs. Il semble bien, en fait, qu'elle aille de pair avec les tendances névrotiques mais pas avec des facteurs extérieurs (démographiques). Plus les sujets

émettent de plaintes physiques, psychiques, ou les deux en même temps, plus ils sont préoccupés par la mort. Cette préoccupation se retrouve plus souvent, également, chez les dépressifs que chez les anxieux.

HAIDER (1966) a examiné 50 patients psychiatriques de 50 ans et plus au moyen d'un questionnaire direct et il a trouvé qu'il y a une relation nette entre l'âge et le développement de la peur de la mort; chez tous les sujets cette peur a débuté après l'âge de 20 ans, chez 8 d'entre eux entre 20 et 30 ans et chez 12 à 70 ans ou après. Il n'y avait pas de différence entre hommes et femmes. Célibataires, divorcés et séparés se sont montrés moins anxieux à l'idée de la mort que les veufs, par exemple, qui tentaient d'éviter le sujet ou les personnes mariées qui n'en parlaient pas volontiers et qui désiraient vivre encore longtemps. La plupart des patients était de classes moyennes ou inférieures; les moins instruits fuyaient les questions, les plus instruits émettaient des points de vue plus spécifiques. L'auteur a trouvé une relation significative entre l'activité religieuse et la peur de la mort, comme dans d'autres études, les patients pratiquant régulièrement avaient moins peur que les non-croyants. Les deux tiers des personnes interrogées ont trouvé du plaisir à la discussion, l'autre tiers en a été bouleversé. Les femmes se sont montrées moins favorables aux échanges.

SHRUT (1956) a fait une conférence qu'il a publiée seulement en 1958. Il a fait une enquête locale sur deux groupes de femmes âgées. Un des groupes était institutionnalisé, l'autre pas. Il considère la mort sous trois aspects: 1/ comme un outil avec

lequel on essaierait d'avoir le plus de satisfaction dans le moment présent; 2/ comme un passage à une autre vie, pouvant être générateur d'émotions allant de l'anticipation la plus calme à l'appréhension la plus tourmentée; 3/ comme une fin en soi. L'auteur estime que la littérature, en général, considère la peur de la mort comme universelle et que toute peur se réfère à la peur de la mort. L'attitude envers la mort peut aller de la réaction phobique à la plus complète indifférence avec négativisme au permier plan dans cette dernière attitude. En conclusion il trouve que : 1/ les sujets vivant en institution ont plus peur de la mort que les autres; 2/ des mécanismes compensateurs se trouvaient le plus souvent chez les personnes institutionnalisées; il ne trouve aucune particularité avec l'adaptation au milieu ou les activités, ni avec l'attitude envers la santé, celle-ci n'influençant pas l'attitude envers la mort; mais il trouve également que les deux groupes témoignent au moins d'une anxiété moyenne à l'égard de la mort.

CHRIST (1962) fait une étude sur un groupe de 100 admissions consécutives, de plus de 60 ans, admises en division psychiatrique. A 62 d'entre elles a été posée une série de questions sur la mort et ce qu'elles en pensaient. Aux 38 autres, les questions n'ont pas été posées immédiatement, elles ne l'ont été que par la suite et progressivement afin de ne pas trop troubler les patients. Dans ses résultats, l'auteur trouve que, dans l'ensemble, les patients ont peur de la mort, mais qu'un certain nombre était d'accord d'en parler et même content de pouvoir le faire. Il semble que la peur de la mort puisse être à l'origine de certains troubles psychiques

de l'âge avancé, tels que la peur d'être empoisonné, les délires, les hallucinations, tout ceci pouvant être des symptômes du refus de mourir.

LIPMAN et MARDEN (1966) ont publié un article sur la préparation à la mort dans l'âge avancé. Un questionnaire de 42 questions a été envoyé à des personnes (119) résidant dans des habitations pour personnes âgées. L'âge moyen de l'échantillon était de 75 ans; l'admission dans ces maisons ne pouvait se faire que pour des personnes physiquement indépendantes. L'auteur trouve que ces sujets vivant seuls, avec des revenus modestes, devaient plus difficilement assumer leurs responsabilités face à la mort que s'ils vivaient dans d'autres conditions, mais l'éducation et l'instruction semblent avoir une influence favorable sur la peur de la mort. Plus une personne est "policée", moins elle est anxieuse quant à l'échéance de sa vie.

MEISEL et al (1965) pensent que l'intérêt concernant l'attitude de l'homme envers la mort a augmenté ces derniers temps. Le "soi" est plus important que le "corps", l'annihilation est plus à craindre que la destruction physique. Pour assimiler l'idée de la mort, il faut extérioriser les peurs intérieures; intérioriser les menaces extérieures; rejeter la réalité quand celle-ci devient insupportable. Le premier souvenir conscient de la mort n'est pas celui d'un concept mais celui d'une rencontre et une rencontre prématurée mène à des réactions immatures. Les méthodes traditionnelles pour soulager l'homme de l'idée de la mort sont de nature religieuse ou magique.

WALKER (1968) estime que les faits de notre condition humaine doivent être considérés en fonction d'une vie normale et d'étapes fixes et irréversibles au long de la vie. La personne âgée pose un problème au médecin qui considère comme son devoir de lui prolonger la vie. Le manque de communication entre médecin et patient et la pudeur de parler de la mort ne font qu'augmenter l'incertitude dans certains cas où une décision est difficile à prendre. Le but d'une bonne éducation du public devrait être d'apprendre une attitude réaliste en face de la mort afin de la considérer comme fin logique des activités de la vie.

HANDAL (1969) trouve que la relation entre l'espérance subjective de vie, l'angoisse face à la mort et l'angoisse en général donne un résultat significativement négatif entre l'espérance de vie et l'angoisse face à la mort, chez les femmes, mais pas chez les hommes. Une étude ultérieure a permis de trouver que les hommes ont une attitude plus défensive que les femmes face à la mort.

Nous aimerions relever ici, que lors du 5ème Congrès de l'Association internationale de Gérontologie, tenu à San Francisco en 1960, un symposium a eu lieu dans le cadre de celui-ci, sous le titre "L'attitude des personnes âgées à l'égard de la mort". Certains des articles que nous venons de passer en revue sont des comptes-rendus de ce dernier.

D'autres articles nous ont paru intéressants à lire, mais ils ne s'insèrent guère dans notre travail. Toutefois, nous mentionnerons BLAJAN-MARCUS dont l'article "Angoisse de mort et sénescence" commence ainsi: "... l'être humain qui vieillit et s'affaiblit,

craint la mort, somme toute proche...". EATON (1964) consacre un article aux Hutterites, secte américaine très religieuse, dont les croyances permettent d'envisager la vieillesse et la mort avec sérénité. ALEXANDER et al. (1957) dans un article, dont le titre "La mort nous est-elle indifférente?" promet beaucoup, critiquent l'utilisation des questionnaires et des entrevues directes, car,d'après eux, le sujet ne dit pas toujours ce qu'il ressent, mais ce qu'on attend de lui, ce qui peut, évidemment, différer de ses sentiments profonds. Ils ont cherché à établir un test pour mesurer les aspects moins conscients de la question et ont utilisé un test d'association verbale. D'après les résultats trouvés,il semble que la pensée de la mort agisse de façon sthénique à certaines périodes critiques de la vie où le sujet doit affronter la dure réalité d'une fin possible. Les auteurs pensent que si les êtres sont moins confrontés à cette difficulté, l'idée de la mort devient moins consciente et le send de la vie est cherché dans d'autres systèmes: religion, philosophie, sciences, etc.

III. MATERIEL ET METHODE

a/ description des cas de catamnèse

Nous ne reviendrons pas en détail sur "l'Enquête de Lausanne" pour laquelle existe déjà une littérature relativement abondante et à laquelle nous renvoyons le lecteur (AUBRY, BERNER, CIOMPI et LAI, CIOMPI et EISERT, DAGHIGHIAN, M. GILLIERON, MOSER, MULLER, PENNING, PILET, SCHURCH). Nous nous nornerons toutefois à en rappeler ici l'essentiel:

Dès 1963 s'est instauré un programme de recherche catammestique dont le but était de trouver quelle peut être l'influence de la vieillesse sur les maladies mentales préexistantes. En effet, quelques années auparavant (1953-1959) C. MULLER avait trouvé dans ses travaux que l'âge apportait une sorte d'apaisement à des conflits jadis aigus. Etait-ce uniquement dû à un syndrome psycho-organique qui, progressivement, s'installait ou bien, chez des patients où il était manifeste que ce syndrome n'existait pas, la vieillesse apportait-elle enfin le calme? Les critères suivants furent appliqués. Tous les patients devaient être suisses. Age à la première admission: celle-ci devait avoir lieu avant 65 ans. L'âge à l'examen catammestique devait être d'au moins 65 ans et pouvait aller jusqu'à 90 ans (ou plus). Tous les patients avaient été hospitalisés à la Clinique de Cery, qui, jusqu'à la dernière décennie, était pratiquement le seul hôpital psychiatrique public du canton de Vaud. Parmi tous les patients dont les dossiers étaient encore aux archives de la clinique psychiatrique (qui

remontent à 1873) il fut trouvé 5'661 cas dont les données entraient dans le cadre relativement étroit des critères choisis.

Il fallut tout un travail de défrichage pour pouvoir retrouver les traces de patients qui avaient fait des séjours remontant quelquefois à plusieurs dizaines d'années. Notre pays bénéficiant d'une relative stabilité géographique et politique, il fut possible d'en retrouver la plus grande partie (94,2%); le reste demeurant inconnu quant à la destination, sinon au destin seul.

En revanche, on a pu établir que 4'441 sujets étaient décédés (76,5%). Parmi les 1'004 survivants (17,7%) on a pu examiner 866 d'entre eux (86,2%), les autres ont refusé l'entretien ou étaient trop loin pour être atteints dans des limites raisonnables de temps et de finances.

Ces 866 sujets forment notre matériel d'étude. Bien qu'il y ait une différence considérable entre le matériel de départ de 5'661 et les 866 cas revus au cours de l'enquête, nous pouvons quand même considérer ce nombre comme représentatif, au-delà de 65 ans, de notre matériel de départ. L'examen catamnestique consistait essentiellement en un entretien semi-structuré, sur le modèle d'un examen psychiatrique clinique, d'une durée de deux heures environ, effectué en général au domicile actuel des anciens patients, ou, exceptionnellement, lors d'une visite à la clinique psychiatrique après convocation. Cet examen était dirigé par un psychiatre expérimenté essayant d'obtenir le plus de renseignements possibles de la part du patient lui-même, mais également de son entourage, et ayant trait à l'évolution de sa maladie depuis l'hospitalisation, à l'état psychique actuel, à la situation sociale et familiale, et

à bien d'autres données encore.

Avec le temps, un questionnaire détaillé avait été établi, permettant de relever des détails anamnestiques (partie remplie en général avant l'examen du patient) et catamnestiques nous permettant de nous faire une idée aussi exacte que possible de la situation du patient, à travers ses réponses et celles de son entourage. Ce questionnaire était, à proprement parler, plutôt un formulaire de données, mais dans une de ses parties, il comprenait néanmoins des questions qui étaient posées directement à l'examiné, d'une façon tout à fait libre, tout au long de l'entretien. Ces questions avaient trait à des attitudes subjectives que les vieillards pouvaient avoir à l'égard de l'expérience vécue dans la vieillesse ("comment passe le temps?" - "quels sont vos projets?" etc.), également à l'égard de la jeunesse actuelle et de leur propre jeunesse ou maturité ("quelle est la période la plus heureuse de votre vie?") et, ceci nous intéresse particulièrement, à l'égard de la mort.

A ce sujet, il y avait en corrélation plusieurs questions: la première "que pensez-vous de la mort?" était sub-divisée en 7 parties où pouvait être notée la réponse: 1/ peur; 2/ attente calme; 3/ délivrance; 4/ indifférence; 5/ autres; 6/ réponses ambivalentes ou évasives; 7/ pas de réponse.

D'autre part, il nous a paru intéressant de relever également les réponses subjectives que donnait le patient à l'égard de sa religion et nous avons pris en considération la question: "êtes-vous religieux? croyant?".

Nos sujets se répartissaient quant au sexe en 434 hommes et 432 femmes, il n'y a donc parmi eux pas de discrimination; nous avons établi deux groupes d'âge, afin, lors de nos calculs, de n'avoir pas affaire à des groupes trop petits; le premier groupe va de 65 à 74 ans (497 = 57,4%) et l'autre de 75 et plus (369 = 42,6%). Dans le premier groupe nous trouvons sensiblement plus d'hommes que de femmes: 269 contre 228 (ou 54,1% contre 45,9%) alors que dans le deuxième groupe c'est l'inverse, il y a plus de femmes que d'hommes: 204 femmes contre 165 hommes (ou 55,3% contre 44,7%).

Vu l'âge de nos sujets, nous nous sommes arrêtés sur la détérioration psycho-organique, pensant qu'elle avait peut-être une influence sur les réponses subjectives de nos patients à l'égard des questions qui leur avaient été posées. Là aussi, nous nous référons à C. PILET pour le classement de cette détérioration, qui a d'ailleurs été plus ou moins suivi par l'ensemble de "l'Enquête de Lausanne" :

1/ nulle : le sujet ne présente aucun signe de détérioration;

2/ atteinte légère : troubles d'attention et de la mémoire, de fixation surtout, ne gênant pas, ou peu, la vie quotidienne et qui, ne se remarquant pas d'emblée, doivent être mis en évidence par des questions précises;

3/ moyenne : caractérisée par une détérioration partielle et des troubles nets de la mémoire de fixation et d'évocation avec bonne persistance des automatismes sociaux;

4/ grave : correspondant à une démence avérée, avec désorientation complète, amnésie de fixation et d'évocation, confabulations et autres troubles de langage;

5/ pas de renseignements : les cas où il n'a pas été possible d'élucider la détérioration psycho-organique pour diverses raisons (oligophrénie, surdité, etc.)

Nous n'avons pas non plus négligé le milieu de vie de nos patients, pensant qu'il pouvait jouer un rôle dans la peur à l'égard de la mort. Nous avons vu, effectivement, dans la littérature (SHRUT, 1956 que les patients institutionnalisés ont plus peur de la mort que les autres. Il nous a donc paru intéressant de les classer en deux grands groupes, pas très nuancés il est vrai, mais bien distincts l'un de l'autre:

1/ le milieu familial, où nous avons admis, outre les patients ayant leur propre famille, les sujets qui vivaient seuls, chez eux, ou qui étaient intégrés à des familles et qui vivaient dans ce cadre en étant bien adaptés et accueillis, sorte de famille adoptive, si l'on veut....

2/ le milieu institutionnel, où nous n'avons pas fait de distinction entre les homes, pensions, hôpitaux et asiles; pour notre propos il nous suffisait de savoir que le patient ne jouissait pas de toute la liberté que donne une vie familiale, ou, éventuellement, solitaire. C'est ainsi que nous trouvons 469 patients (54,1%) vivant en milieu familial et 397 (45,9%) en milieu institutionnel. Ce sont les femmes qui sont le plus institutionnalisées (52,4% pour 47,6% d'hommes). Ce facteur est peut-être à mettre en relation avec le fait que ce sont elles qui vivent le plus vieux (55,3%)

Parmi nos sujets, nous trouvons un nombre de gens croyants pratiquement égal au nombre de gens incroyants (respectivement 51,2% et 48,8%). On peut relever cependant que les femmes sont, dans l'ensemble, plus croyantes que les hommes : 260 femmes disent

croire alors que seulement 184 hommes le font, de même les hommes admettent plus facilement être incroyants (59,2%) que les femmes (40,8%).

Quant au diagnostic, celui de la première hospitalisation servant de critère, il nous a été difficile de faire un tri. Nous nous sommes essentiellement basé sur les classifications de PILET et AUBRY, mais il est bien évident que lorsque les patients avaient un ou plusieurs diagnostics psychiatriques à l'entrée, ils ont été incorporés dans chacun de ceux-ci, ce qui, quelquefois, nous donne des chiffres supérieurs à celui des gens réexaminés. Nous nous sommes contenté des grandes lignes diagnostiques qui ont déjà été utilisées avec succès par nos confrères. Toutefois dans nos tableaux nous trouvons des chiffres légèrement différents, probablement dus à des doubles ou même triples diagnostics. Ceux-ci avaient été regroupés en 8 catégories bien distinctes l'une de l'autre, mais nous n'avons que 7 de celles-ci car nous n'avons pas pris, dans une catégorie séparée, les états délirants divers et la paranoïa, qui ont été inclus dans le groupe général de schizophrénie, car leur nombre était petit (42) et que probablement les réponses ne sont pas particulièrement significative pour notre sujet.

Dans le premier groupe-diagnostic nous trouvons les troubles psychogènes qui comprennent les malades souffrant de troubles du comportement à prédominance psychogène et caractérielle, à l'exclusion des dépressions psychogène et endogène; étant donné la difficulté de séparer nettement les différentes formes de dépression, nous avons préféré laisser tous les dépressifs dans

le même groupe . Par contre, dans ce premier groupe sont également compris les délinquants et les toxicomanes, puisque ces patients présentent souvent des troubles névrotiques ou caractériels. Ils pourraient éventuellement présenter des troubles psycho-organiques plus prononcés que les alcooliques, par exemple, et comme ils représentent une petite minorité nous ne pensons pas qu'ils influencent les calculs de ce groupe qui est relativement grand, 161 cas.

Les oligophrènes forment le deuxième groupe (débilité, imbécillité, idiotie), nous y trouvons 89 cas dont la majorité (53) sont des hommes.

Quant au troisième groupe, il comprend les alcooliques, au total 197 cas, soit 168 hommes et 29 femmes (CIOMPI et EISERT, 1969) ce qui en fait un groupe assez important de notre recherche catamnestique.

Comme nous l'avons dit, les dépressions, sous toutes leurs formes, sont réunies dans ce quatrième groupe auquel nous avons ajouté les états maniaques. La répartition est d'environ 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes. Nous n'avons pas jugé nécessaire de reprendre les sous-groupes tels que les avaient présentés CIOMPI et LAI (1969).

La schizophrénie représente le plus grand groupe de notre travail et vient en cinquième place. Le diagnostic, pris à la première admission et posé selon les critères de M. BLEULER, donne un concept de la schizophrénie plutôt étroit, ne comprenant pas les cas de "borderline" ou de réactions schizophréniformes; nous trouvons donc dans ce groupe les schizophrénies catatonique,

paranoïde, hébéphrénique et simple, auxquelles nous avons ajouté les 42 cas d'états délirants divers et paranoïaque, comme nous l'avons déjà expliqué plus haut.

Les affections organiques forment le sixième groupe (sans oligophrénie) où nous trouvons les cas de traumatismes crânio-cérébraux, tumeur cérébrale, psychoses exogènes (d'origine toxique et fébrile), épilepsie sous ses différentes formes, paralysie générale, etc. Ce groupe est constitué de 80 cas, 2/3 d'hommes, 1/3 de femmes.

Dans le septième groupe, nous trouvons les "autres psychoses" présentant des cas difficiles à inclure dans un des groupes précédents. Il est formé de 42 cas, environ 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes.

Nous n'avons pas jugé utile de séparer les diagnostics en cas "purs" c'est-à-dire formés d'un seul diagnostic et en cas "combinés" c'est-à-dire cumulant plusieurs diagnostics. Notre sujet ne demandant pas une telle précision, cette différentiation risquait, d'autre part, de nous entraîner dans des groupes trop petits.

b/ méthode de calcul

N'ayant pas eu, pratiquement, la possibilité d'interroger une seconde fois, de façon détaillée, les sujets de "l'Enquête de Lausanne", nous n'avons pas la prétention de présenter des résultats se basant sur des entretiens approfondis. Nous avons, en effet, dû nous contenter, puisque les recherches catamnestiques proprement dites étaient terminées, des brèves réponses données aux questions du formulaire utilisé à ce moment-là et, qui bien qu'étant subjectives et classées de façon distincte, ne sont pas, pour

notre propos, suffisamment exhaustives.

Comme les travaux qui traitent du même sujet que nous sont calculés, pour la plupart, à l'aide de pourcentages, nous nous sommes arrêtés à cette méthode de calcul en pensant que, le cas échéant, il serait plus aisé de pouvoir faire la comparaison entre leurs résultats et les nôtres si les méthodes utilisées étaient identiques. D'autre part, il ne nous a pas semblé nécessaire de nous lancer dans des calculs statistiques tels que le X^2 ou le Fisher-Yates, notre travail étant plutôt descriptif que comparatif.

IV. RESULTAT

Revenant au formulaire de "l'Enquête de Lausanne" qui nous a servi pour la présente étude, nous avons trouvé la question, dans le questionnaire spécial, "que pensez-vous de la mort?", complétée par une question précise : "en avez-vous peur?". Ce sont ces deux questions qui nous servent d'appui pour l'établissement de nos résultats.

En effet, comme la première de ces questions "que pensez-vous de la mort?" était sub-divisée en 7 sous-groupes (v. page 20), nous avons conservé, pour la facilité de notre travail et pour ne pas nous perdre dans des sous-groupes numériquement trop faibles, la répartition suivante:

- -peur (la 2ème question du formulaire devenait ici précieuse, grâce à sa précision)
- -attente calme
- -délivrance
- -réponse ambiguë

Dans cette dernière rubrique, nous avons groupé les réponses ambivalentes et évasives, avec les réponses indifférentes, ainsi qu'avec celles qui étaient difficiles à classer dans un sous-groupe particulier et, également les "pas de réponse", car nous devons relever que le dernier sous-groupe du questionnaire était fort peu représenté, seuls quelques sujets n'ayant pas été à même de répondre, parmi lesquels il faut comprendre, en tout cas, les oligophrènes profonds et quelques sourds. Dans ce sous-groupe

des "réponses ambiguës" se trouveront donc, principalement, les réponses évasives et indifférentes.

Sur nos 866 patients nous avons trouvé 552 réponses ambiguës, représentant 63,7% de la totalité, c'est le plus grand groupe dépassant de loin l'ensemble des 3 autres et presque les 2/3 de tout le matéri

Puis vient "l'attente calme" avec 168 sujets, soit 19,4% ou presque 1/5. Ensuite 97 personnes ont répondu que la mort serait pour elles une délivrance, ce qui nous donne un pourcentage de 11,2; alors que les personnes avouant avoir peur se montent seulement à 49 (5,7%).

Comme nous l'avons déjà dit, notre échantillon est formé de personnes ayant dépassé l'âge de 65 ans, séparées en deux groupes d'âge (v. page 21). Il est intéressant de noter que nous ne trouvons pas de relation nette entre l'âge et l'attitude envers la mort chez nos sujets.

Les tableaux 1 et 2 donnent un premier bilan général des réponses données.

./..

Tableau 1 Ensemble des résultats

	N 866	réponses ambiguës n = 552		peur n = 49		attente calme n = 168		délivrance n = 97	
Sexe									
hommes	434	293		14		87		40	
femmes	432	259		35		81		57	
Détérioration psycho-organique		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
nulle/légère	595	188	163	11	23	77	69	26	38
moyenne/grave	195	70	60	2	10	10	11	14	18
pas de renseig.	76	35	36	1	2	-	1	-	1
Milieu									
familial	469	159	120	5	14	62	57	19	33
institutionnel	397	134	139	9	21	25	24	21	24
Croyance									
oui	444	107	124	10	22	50	75	17	39
non	422	186	135	4	13	37	6	23	18

Tableau 2

Age à la catammèse

	hommes		femmes		total	
	%	N	%	N	%	N
65 - 74 ans	54,1	269	45,9	228	100	497
74 ans et +	44,7	165	55,3	204	100	369
réponse ambiguë						
65 - 74 ans	33,7	186	25,0	138	58,7	324
74 ans et +	19,3	107	22,0	121	41,3	228
peur						
65 - 74 ans	16,3	8	40,8	20	57,2	28
74 ans et +	12,2	6	30,6	15	42,8	21
attente calme						
65 - 74 ans	31,6	53	22,0	37	53,6	90
74 ans et +	20,2	34	26,2	44	46,4	78
délivrance						
65 - 74 ans	22,6	22	34,0	33	56,6	55
74 ans et +	18,5	18	24,9	24	43,4	42

Quant au sexe, nous trouvons les résultats des réponses de chaque sexe dans le tableau ci-dessous :

./..

Tableau 3

Réponses selon le sexe

	hommes		femmes	
ambiguë	293	53%	259	47%
peur	14	28%	35	72%
attente calme	87	51%	81	49%
délivrance	40	41,2%	57	58,8%

Nous relevons qu'il y a nettement plus de femmes que d'hommes qui ont peur de la mort ou tout au moins que celles-ci admettent plus facilement leur peur que ceux-là. D'autre part, les femmes admettent également attendre la mort comme une délivrance plus facilement que les hommes; peut-être ces derniers tiennent-ils davantage à la vie? Question que nous nous posons, mais que, malheureusement, nous ne pouvons résoudre dans le cadre de cette étude.

En ce qui concerne le milieu d'habitation au moment de l'enquête catamnestique, nous trouvons les données suivantes :

./..

Tableau 4

Milieu

	hommes		femmes		total	
	%	N	%	N	%	N
familial	52,2	245	47,8	224	100	469
institutionnel	47,6	189	52,4	208	100	397
réponse ambiguë						
familial	28,8	159	21,8	120	50,6	279
institutionnel	24,2	134	25,2	139	49,4	273
peur						
familial	10,2	5	28,5	14	38,7	19
institutionnel	18,4	9	42,9	21	61,3	30
attente calme						
familial	36,9	62	33,9	57	70,8	119
institutionnel	14,9	25	14,3	24	29,2	49
délivrance						
familial	19,6	19	34,0	33	53,6	52
institutionnel	21,6	21	24,8	24	46,4	45

Alors que nous devrions trouver plus d'hommes en milieu institutionnel et plus de femmes en milieu familial, étant donné qu'elles sont sensées être plus à même de faire face aux problèmes du ménage, c'est le contraire qui ressort de nos résultats, mais

comme nous n'avons pas tenu compte des âges dans la séparation de nos milieux, il se peut bien que les femmes institutionnalisées soient parmi les plus vieilles de notre échantillon.

Si, dans les réponses ambiguës, les chiffres sont sensiblement les mêmes pour les hommes que pour les femmes institutionnalisés, il n'en est pas de même pour la peur. 38,7% de nos sujets (19) vivant en milieu familial ont peur de la mort, alors que les 30 autres ou 61,3%, qui en ont peur aussi, vivent en milieu institutionnel, et ce sont les femmes qui ont le plus grand pourcentage: 42,9%, soit, à elles seules, presque la moitié des personnes qui avouent avoir peur. Il est permis de penser que ce dernier milieu n'est pas favorable à la sérénité.

Dans le groupe de l'attente calme, hommes et femmes ont à peu près la même attitude, qu'ils soient institutionnalisés ou en famille. Mais ce sont les personnes qui vivent dans un milieu familial qui sont le plus calme à l'égard de la mort, 119 ou 70,8% contre 49 institutionnalisés (29,2%). On peut en conclure que la sécurité d'un foyer est un facteur d'apaisement.

Si nous savons déjà que les femmes, plus que les hommes, semblent accepter la mort comme une délivrance, les milieux ne semblent pas jouer un rôle très important, bien que les femmes vivant en famille (34%) paraissent attendre celle-ci davantage que celles qui sont dans des institutions.

./..

Tableau 5

Croyance

	hommes		femmes		total	
	%	N	%	N	%	N
croyants	41,4	184	58,6	260	100	444
incroyants	59,2	250	40,8	172	100	422
réponse ambiguë						
croyants	19,4	107	22,5	124	41,9	231
incroyants	33,6	186	24,5	135	58,1	321
peur						
croyants	20,5	10	44,8	22	65,3	32
incroyants	8,1	4	26,6	13	34,7	17
attente calme						
croyants	29,8	50	44,6	75	74,4	125
incroyants	22,0	37	3,6	6	25,6	43
délivrance						
croyants	17,5	17	40,2	39	57,7	56
incroyants	23,7	23	18,6	18	42,3	41

Nous n'avons pas trouvé une importante différence entre croyants et incroyants, 444 dans le premier groupe contre 422 dans le 2ème. Toutefois, les hommes sont nettement plus incroyants que les femmes, ils représentent presque le 60% de ceux-ci, alors que les femmes représentent, elles, presque le 60% des croyants!

Dans les réponses ambiguës il y a nettement plus d'incroyants que de croyants, surtout chez les hommes, ce qui est normal puisqu'ils croient moins que les femmes. Il est curieux de relever que 22 femmes croyantes (44,8%) ont peur de la mort; alors que les incroyants des deux sexes avouent moins que les autres leur peur de mourir.

En revanche, les réponses du sous-groupe "attente calme" répondent bien à l'idée que l'on peut se faire d'avance en face de personnes qui avouent avoir foi en leur religion. La majorité des croyants de ce groupe, 50 hommes et 75 femmes soit les 29,8 et 44,6% attendent la mort paisiblement, alors que seulement 37 hommes (ce qui est encore beaucoup) et 6 femmes incroyants, soit au total 25,6% font de même. Cette différence entre femmes croyantes et incroyantes est à relever, car seulement 1/10ème des incroyantes sont sereines.

De nouveau, dans le sous-groupe "délivrance", les femmes croyantes sont en surnombre par rapport aux autres, environ le double, alors que la différence chez les hommes est à peine marquée.

Jusqu'ici nous n'avons pas tenu compte des diagnostics de nos sujets, bien que tous soient d'ancien patients de la Clinique psychiatrique. Il serait intéressant de chercher une relation entre l'état mental de nos patients et la réponse aux questions qui nous intéressent. Celle-ci serait-elle différente selon la maladie dont souffrent les sujets? Nous devons cependant rappeler que ceux-ci ont répondu au questionnaire, tout au moins pour la plupart, quelques années, ou de nombreuses années, après leur hospitalisation et que, souvent, leur état dans la vieillesse était amélioré par rapport à la période qu'ils avaient passée en clinique. Toutefois,

comme notre échantillonnage avait dépassé la limite de 65 ans au moment de l'examen catamnestique, nous avons considéré qu'une grande partie était déjà atteinte, plus ou moins gravement, de détérioration psycho-organique, sans nous attarder à l'étiologie de celle-ci; nous nous contenterons d'en relever le degré, selon le schéma que nous avons donné dans le chapitre sur la description de notre matériel en réunissant les atteintes nulles et légères d'une part et, d'autre part, les atteintes moyennes et graves, faisant un troisième groupe des cas pour lesquels nous n'avons pas eu de renseignements adéquats.

Tableau 6

Détérioration psycho-organique

	hommes		femmes		total	
	%	N	%	N	%	N
nulle/légère	50,8	302	49,2	293	100	595
moyenne/grave	49,2	96	50,8	99	100	195
pas de rens.	47,4	36	52,6	40	100	76
réponse ambiguë						
nulle/légère	34,0	188	29,6	163	63,6	351
moyenne/grave	12,7	70	10,9	60	23,6	130
pas de rens.	6,3	35	6,5	36	12,8	71
peur						
nulle/légère	22,4	11	47,0	23	69,4	34
moyenne/grave	4,1	2	20,4	10	24,5	12
pas de rens.	2,0	1	4,1	2	6,1	3
attente calme						
nulle/légère	45,9	77	41,0	69	86,9	146
moyenne/grave	6,0	10	6,5	11	12,5	21
pas de rens.	- -	--	0,6	1	0,6	1
délibrance						
nulle/légère	26,8	26	39,2	38	66,0	64
moyenne/grave	14,4	14	18,6	18	33,0	32
pas de rens.	- -	--	1,0	1	1,0	1

Nous pouvons relever tout de suite que la majorité de notre échantillonnage ne souffre pas de détérioration psycho-organique grave ou moyenne, mais fait partie de la première catégorie, et nous relevons également que dans les trois catégories représentées, hommes et femmes sont répartis de façon sensiblement égale.

Si, dans le sous-groupe "réponse ambiguë" et dans celui concernant la peur de la mort, les pourcentages sont, au total, presque les mêmes pour les atteintes nulles et légères, il semble bien qu'en revanche les patients les moins détériorés attendent la mort avec plus de calme que les autres (86,9%), alors que les patients les plus atteints trouvent plus que les autres que la mort est une délivrance (33%).

En ce qui concerne le diagnostic posé à la première admission, nous n'avons pas établi de pourcentage par rapport aux réponses, étant donné que ceux-ci ne pourraient pas être exacts, à cause des doubles diagnostics posés jadis. Nous nous bornerons à une simple comparaison numérique (v. tableau 7).

./..

Tableau 7 . Répartition des réponses selon les diagnostics établis à la première hospitalisation

Diagnostics	N*	réponse ambiguë		peur		attente calme		délivrance	
		♂ %	♀ %	♂ %	♀ %	♂ %	♀ %	♂ %	♀ %
Tr.psychogènes	161	60 37.3	30 18.6	4 2.4	7 4.4	30 18.6	14 8.7	5 3.1	11 6.9
Oligophrénie	89	39 43.8	28 31.4	3 3.4	1 1.1	8 9.0	6 6.8	3 3.4	1 1.1
Alcoolisme	197	105 53.3	20 10.2	2 1.0	1 0.5	34 17.3	4 2.0	27 13.7	4 2.0
Dépr./Manies	147	35 23.8	49 33.3	3 2.0	9 6.1	4 2.7	18 12.3	2 1.4	27 18.4
Schizophrénie	305	75 24.6	140 45.9	4 1.3	15 4.9	15 4.9	37 12.1	6 2.0	13 4.3
Affect.organ.	80	41 51.2	14 17.5	1 1.3	1 1.3	10 12.5	4 5.0	5 6.2	4 5.0
Autres psych.	42	13 30.9	14 33.3	- - -	1 2.4	1 2.4	8 19.0	2 4.8	3 7.2

*Les nombres comprennent quelquefois des doubles diagnostics, d'où un total supérieur à 866.

Nous commencerons par les schizophrènes qui représentent le groupe le plus important de "l'Enquête de Lausanne". Ils se montent à 305 (n'oublions pas que tous n'ont pas que le seul diagnostic de schizophrénie). Sur 19 schizophrènes qui ont peur de la mort nous ne trouvons que 4 hommes pour 15 femmes.

Chez les alcooliques, il n'y a pas de grandes différences à relever par rapport au reste de nos patients, sauf que les hommes sont en majorité, alors que chez les schizophrènes ce sont les femmes qui sont en majorité.

Puis viennent les troubles psychogènes où les hommes sont également en majorité. Dans ce groupe-diagnostic, il n'y a pas non plus de différence très importante à relever quant au sexe ou à nos différents sous-groupes, sauf peut-être que les hommes ont un peu plus de réponses ambiguës que les femmes et que les femmes attendent plus facilement la mort comme une délivrance que les hommes.

Le diagnostic que nous considérons maintenant aura trait aux psychoses maniaco-dépressives dans le sens large; nous les avons groupées, comme nous l'avons déjà dit plus haut, en dépressions plus manies; c'est encore un des grands groupes de la recherche catamnestique qui a été faite et où le nombre de femmes est plus élevé que le nombre d'hommes. Dans l'ensemble les réponses correspondent au nombre de patients de chaque sexe, sauf en ce qui concerne la "délivrance" où les femmes sont nettement plus nombreuses à voir la mort sous cet aspect que les hommes (27 contre 2).

Les oligophrènes donnent une majorité de réponses ambiguës: 67 en tout (39 hommes et 28 femmes), ce qui est un chiffre considérable car il représente les 3/4 du groupe-diagnostic; en revanche dans les réponses ayant trait à la peur de la mort, nous avons ici trois fois plus d'hommes que de femmes qui avouent cette peur, mais le groupe est trop petit et nous ne pouvons tirer aucune conclusion. La quantité de réponses ambiguës peut, elle, s'expliquer par le fait que ces patients ne comprennent que faiblement la portée du problème et sont incapables de donner une autre réponse.

Les réponses des patients atteints de troubles organiques, pour autant qu'elles puissent être considérées comme valables étant donné leur état, ne présentent pas de très grandes particularités, sauf que les femmes, là aussi, trouvent, plus que les hommes, que la mort est une délivrance.

Parmi les groupes que nous avons réunis sous le diagnostic global de "autres psychoses", les femmes attendent la mort plus calmement que les hommes (8/1).

Discussion des résultats

Il nous semble utile de faire, ici, une comparaison entre nos résultats et ceux que nous avons trouvés dans la littérature traitant le même sujet.

Toutefois, auparavant, nous devons relever que les 552 patients ayant donné des "réponses ambiguës" réduiront en fait considé-

rablement le nombre des réponses sur lesquelles nous avions compté au départ. En effet, nous sommes surpris de cette attitude "d'évitement" aux réponses de la part de nos patients et nous ne savons pas trop sous quel aspect il faut la considérer: peur inavouable? réelle indifférence? âge relativement élevé (toujours plus de 65 ans) de nos sujets? Pourtant la plupart des travaux américains sur ce sujet ne considèrent pas un échantillonnage tellement plus jeune: SHENKIN (1964), FEIFEL (1955), JEFFERS (1962), SWENSON (1959), parlent de patients de 60 ans et plus, avec parfois des moyennes de 80 ans (SHENKIN) et leurs résultats mentionnent peu de réponses évasives. SWENSON (1959) a bien trouvé un pourcentage de 44% de réponses évasives, mais il est loin d'être aussi important que le nôtre (63,7%). Il faut peut-être ici considérer les particularités de "l'Enquête de Lausanne" et de son questionnaire spécial où les personnes interviewées n'étaient pas obligées de considérer le sujet de trop près et où leur réponse subjective était, le plus souvent, très spontanée. N'oublions pas non plus que nous avons affaire à d'anciens malades mentaux dont la plupart sont, sinon tout à fait guéris, nettement améliorés et qui gardent peut-être là une trace de leur maladie antérieure.

Il nous paraît aussi opportun de rappeler ici, chose que nous n'avons pas eu l'occasion de faire jusqu'à maintenant, que les patients, sujets de cette grande enquête, appartenaient pour la plupart aux couches sociales moyennes et inférieures de la population et que, peut-être, leur instruction et leur éducation ne les portaient pas à approfondir le sujet.

ALEXANDER et al. prétendent que le questionnaire direct n'est pas valable et que,sur ce sujet, cette forme d'enquête serait à remplacer par des tests visant à atteindre les couches plus profondes de la personnalité. Nous devons aussi relever que dans les autres travaux le matériel utilisé n'atteignait pas un aussi grand nombre.

Nous devons également considérer les autres réponses, et pour cela nous ferons abstraction de nos 552 réponses ambiguës. Nous trouvons ainsi 314 réponses précises, nombre qui se rapproche beaucoup de ceux des autres auteurs et qui nous permettra peut-être une comparaison valable.

Ainsi, nous trouvons que nos 49 patients avouant avoir peur donnent un pourcentage (sur 314) de 15,6, considérablement plus élevé que les 10% généralement trouvés (SWENSON, 1959 - JEFFERS, 1962), mais proche des 13% trouvés par SHENKIN (1964). Les patients qui attendent la mort calmement se trouvent amenés à 53,5%, également plus élevé que celui des travaux mentionnés ci-dessus.

En revanche, les sujets qui attendent la mort comme une délivrance représentent 30,9%. Il est difficile de faire des comparaisons systématiques entre notre étude et les travaux précédents; les méthodes employées, les échantillon utilisés et les répartitions des réponses sont différents dans chaque étude. Toutefois, nous pouvons relever que certains articles dont nous avons parlé ont été publiés à la suite d'un Symposium sur l'attitude des gens envers la mort (1960) et

que, de ce fait, ils ont entre eux une certaine cohésion. Comme eux, nous trouvons aussi que les personnes institutionnalisées ont plus peur de la mort que celles qui vivent dans un autre cadre. Mais où nos résultats divergent, c'est quand nous trouvons que les personnes qui sont les plus religieuses sont également plus peureuses que les incroyantes. Nulle part, dans les travaux de FEIFEL, JEFFERS et autres, nous ne trouvons une pareille constatation. Faut-il la mettre en rapport avec le fait que nos sujets sont tous d'anciens malades mentaux, alors que dans les autres travaux, il s'agit bien sûr de personnes ayant fait leur vie, mais dont la santé mentale n'est pas nécessairement atteinte? Le seul travail systématique et semblable au nôtre sur ce point est celui d'ABRAHAM; un autre travail (CHRIST) a étudié la question sur 100 admissions de psychotiques âgés, mais en période aiguë; FEIFEL, lui, a posé des questions à des malades mentaux de tous âges.

Bien qu'il ne soit pas exhaustif, le présent travail est, à notre connaissance, le seul qui ait essayé de prendre en considération l'attitude envers la mort d'anciens malades mentaux âgés, par rapport au sexe, à l'âge, au milieu, au diagnostic et à la détérioration psycho-organique.

V. CONCLUSION

Il nous paraît que nos patients ne sont, dans l'ensemble, ni plus pressés, ni plus peureux de mourir que ceux qui ont fait l'objet d'autres travaux. Nous rappelons encore une fois que nous avons affaire, pour tous nos sujets, à d'anciens malades mentaux, hospitalisés au moins une fois dans leur vie en milieu psychiatrique. Même s'ils sont nombreux à être guéris ou améliorés, nous sommes en droit de penser que leur séjour hospitalier les a marqués plus ou moins profondément et les a, sinon obligés à réfléchir, tout au moins influencés quant à leur avenir.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que les hommes donnent davantage de réponses ambiguës que les femmes (293 pour 259). Nous pensons que,pour la plupart, les hommes ont mené une vie assez active ne les portant guère à se pencher sur les problèmes de la vieillesse et de la mort, alors que les femmes, conditionnées par leur vie au foyer et l'éducation des enfants (d'une façon très générale, d'ailleurs), ont peut-être plus l'occasion de réfléchir à ces problèmes.

C'est peut-être pourquoi elles ont plus peur de la mort que les hommes (35/14); mais parmi ces 35 femmes, 15 sont des schizophrènes. Nous pouvons donc croire que les femmes schizophrènes sont les moins bien armées contre l'idée de la mort.

Les personnes institutionnalisées avouent aussi avoir plus peur que celles vivant dans d'autres milieux; ne serait-ce pas là une attitude plus liée à l'atmosphère du milieu lui-même qu'aux

sujets pris individuellement?

Mais, ce qui nous impressionne le plus, et va contre toute attente, est le fait que nous trouvons plus de gens croyants que de gens incroyants ayant peur de la mort. Nous devons cependant dire que les personnes qui attendent la mort avec sérénité sont, à une très forte majorité, croyantes (125 contre 43). Ces résultats nous surprennent et nous ne savons ce qu'il faut en conclure. Pourquoi nos anciens patients faisant profession de foi en une religion ont-ils plus peur de la mort que des gens parfaitement incroyants ou qui se disent tels? Nous ne pouvons à ce sujet émettre aucune hypothèse.

N'ayant malheureusement pas à disposition les résultats d'une enquête similaire sur une population générale, nous ne pouvons tirer d'autres conclusions qu'hypothétiques. Mise à part l'indifférence, réelle ou simulée, manifestée par une grande partie de nos sujets, il ne nous semble toutefois pas qu'ils soient tellement différents du reste de l'humanité à l'égard de la mort.

VI. BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM G. : Pensée et peur de la mort chez les vieillards atteints de troubles mentaux. - Archiv. suisses neurol.psychiat. 90 : 362-369, 1962

ALEXANDER I.E., COLLEY R.S., ADLERSTEIN A.M. : Is death a matter of indifference? - J. of Psychology 43 : 277-283, 1957

AUBRY H. : La fréquence du suicide tardif chez les anciens patients psychiatriques. - A paraître dans : Archiv. suisses neurol. psychiat.

BERNER P. : Der Lebensabend der Paranoiker. - Wien. Z. Nervenheilk. 27 : 115, 1969

BLAJAN-MARCUS S. : Angoisse de mort et sénéscence. - Rev. franç. Géront. 7 : 215-217, 1961

CHRIST A.E. : Attitude toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. - In : Tibbits C. and Donahue ". (Ed.) Social and psychological aspects of aging. Columbia Univ. Press New York, 1962, pp. 716-722. - Also in : J. Geront. 16 : 56-59, 1961

CIOMPI L. : Etudes catamnestiques sur la vieillesse des anciens malades mentaux. Programme de recherches et résultats préliminaires. - Inform. Psychiat. 45 : 475-485, 1969

CIOMPI L. et EISERT M. : Mortalité et causes de décès chez les alcooliques. - Psychiatrie sociale 4 : 159-168, 1969

CIOMPI L. et LAI G. : Dépression et vieillesse. Etudes catamnestiques sur le vieillissement et la mortalité de 555 anciens patients dépressifs. - H. Huber, Berne, 1969

CIOMPI L. et MULLER C. : Katamnestische Untersuchungen zur Altersentwicklung psychischer Krankheiten. - Nervenarzt 40 : 349-355, 1969

COLLETT L.J., LESTER D. : The fear of death and the fear of dying. - J. of Psychology 72 : 179-181, 1972

DAGHIGHIAN I. : Le vieillissement des anciens traumatisés du crâne. - Archiv. suisses neurol.psychiat. 112/2 : 399-447, 1973

EATON J.W. : The art of aging and dying. - Gerontologist 4 : 94-100, 1964

FEIFEL H. : Attitudes of mentally ill patients toward death. - J. Nerv.Ment.Dis. 122 : 375-380, 1955

FEIFEL H. : Older persons look at death. - Geriatrics 11 : 127-130, 1956

FEIFEL H. : Attitudes toward death : a psychological perspective. - J. Consulting and Clinical Psychology 33 : 292-295, 1969

FEIFEL H. : Perception of death. - Ann. N.Y. Acad. Sci. 164 : 669-677, 1969

GILLIERON M. : Etude catamnestique sur la vieillesse des anciens toxicomanes. - Archiv. suisses neurol.psychiat. 102 : 457-480, 1968

HAIDER P.J. : Attitudes toward death of psychiatric patients. - Int. J. Neuropsych. 3 : 10-14, 1967

HANDAL P.J. : The relationship between subjective life expectancy, death anxiety and general anxiety. - J. Clin. Psychol. 25 : 39-42, 1969

JEFFERS F.C., NICHOLS C.R., EISDORFER C. : Attitudes of older persons toward death : a preliminary study. - In : Tibbitts C. and Donahue W. (Ed.) Social and psychological aspects of aging. Columbia Univ. Press New York, 1962, pp. 709-715

JEFFERS F.C., VERWOERDT A. : Factors associated with frequency of death thoughts in elderly community volunteers. - Proc. 7th Intern. Congress of Gerontology, Vienna 1966, Vol.6. 841, pp. 149-152

LIPMAN A., MARDEN P.W. : Preparation for death in old age. - J. Geront. 21 : 426-431, 1966

MEISEL A.M., HAND M.H. : Reactions to approaching death. - Dis. Nerv. Syst. 26 : 15-24, 1965

MOSER A. : Die langfristige Entwicklung Oligophrener. - Springer Verlag, Berlin-Stuttgart, 1971

MULLER C. : Vorläufige Mitteilung zur langen Katamnese der Zwangkranken. - Nervenarzt 24 : 112-115, 1953

MULLER C. : Ueber das Senium der Schizophrenen; zugleich ein Beitrag zum Problem der Schizophrenen Endzustände. - Bibl. psychiat. neurol. Basel 106 : 1-82, Karger 1959

MULLER C. : Influence de l'âge sur les maladies mentales préexistantes. - Schweiz.med. Wschr. : 95 : 1001-1005, 1965

MULLER C. : Katamnestische Beobachtungen zur Entwicklung der progressiven Paralyse bis hohe Alter. - Arch. Psychiat. Nervenkr. 213 : 149-165, 1970

MULLER C. : Le problème de l'interférence des troubles de la sénescence avec les psychoses préexistantes. - Encéphale 59 : 81-89, 1970

MULLER C. (ed.) : Bibliographia geronto-psychiatrica. - H. Huber, Berne, 1973

PENNING R. : Etude catamnestique sur l'évolution dans la vieillesse de 20 syndromes épileptiques préexistants. - Archiv. suisses neurol. psychiat. 102 : 481-504, 1968

PILET C. : Etudes catamnestiques sur la fréquence de la détérioration psycho-organique parmi les malades mentaux âgés. - A paraître dans : Archiv. suisses neurol. psychiat.

RHUDICK P.J., DIBNER A.S. : Age, personality and health correlates of death concerns in normal aged individuals. - J. Gerontology 16 : 44-48, 1961

SCHURCH J. : Evolution des déviations sexuelles dans l'âge avancé. Etude catamnestique. - Archiv. suisses neurol. psychiat. 110/2 : 331-363, 1972

SHENKIN A. : Attitudes of old people to death. - In : Andersson W.F. and Isaacs B. (Ed.) Current achievements in geriatrics, Cassell London 1964, pp. 171-177

SHRUT S.D. : Attitudes toward old age and death. - Ment. Hyg. 42 : 259-266, 1958. - Also : Dissert. Abstr. 16 : 1509-1510, 1956

SWENSON M.W. : Attitudes toward death among the aged. - Minnesota Medicine 42 : 399-402, 1959

SWENSON M.W. : Attitudes toward death in an aged population. - J. Geront. 16 : 49-52, 1961

S y m p o s i u m sur l'attitude des personnes âgées envers la mort. - 5ème Congrès de l'Association internationale de Gérontologie, San Francisco 1960. - Comptes-rendus dans : J. Gerontology 16, 1961

TIBBITTS C. and DONAHUE W. (Ed.) : Social and psychological aspects of aging. Columbia Univ. Press New York, 1962

WALKER J.W. : Attitudes to death. - Geront. Clin. 10 : 304-308, 1968